TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur JOSEPH GUYOT

Chirurgien des Hopitaux de Bordeaux.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

—

1904

TITRES SCIENTIFIQUES

I. — TITRES

Docteur en médecine (1898-1899).

Chef de clinique chirurgicale infantile (1899-1902).

Chirurgien des hopitaux (1902).

II. — DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Externe des hopitaux (1894).

Interne des hopitaux (1896. Premier).

Membre de la Société d'Anatomie et Physiologie de Bordeaux.

Secrétaire des séances (1896-1897).

Membre de la Société de Médecine et Chirurgie (1903).

Membre de la Société de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie (1903).

Membre du congrès de Médecine de Bordeaux (1895).

Membre du IIIe congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie (Nantes 1901).

Membre du IVe congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie (Rouen 1904).

Membre du congrès de l'association française pour l'avancement des sciences (Angers 1903).

Membre de l'association française de Chirurgie (Congrès 1903).

III. — RÉCOMPENSES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIÈRES

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE :

1897. Prix de la ville de Bordeaux chirurgie (mention très honorable).
1898. Prix de la Société des Amis de l'Université.

LAURÉAT DES HOPITAUX :

1896. Externat Médaille d'argent.
1897. Internat Médaille d'argent.
1898. Internat Médaille de vermeil.

IV. — SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES DE PRÉPARATION AU CONCOURS D'INTERNAT
(de 1899 à 1902 inclus).

ASSISTANT DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
(1902-1903).

V. — SERVICE HOSPITALIER

SUPPLÉANCES DU SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL PÉLEGRIN
(vacances 1902 et 1903).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE DES MEMBRES

1. — **Corps étrangers du genou droit consécutifs à un traumatisme violent de cette articulation.** *Bulletins de la Société anatomique*, 28 juin 1897.

Chez le malade dont nous rapportons l'observation nous pûmes grâce à l'obligeance du Dr Rivière, du laboratoire des cliniques, faire une des premières applications de la radioscopie et de la radiographie au diagnostic de ces corps mobiles. L'expérience fut tout à fait concluante et il nous fut aisé de nous rendre compte de leur nombre et de leur volume : le plus gros ayant la forme d'une amande siégeait à la partie interne de l'articulation s'élevant et s'abaissant par rapport à l'interligne articulaire dans les mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

2. — **Luxation congénitale de la hanche.** *Bulletins de la Société anatomique*, 27 novembre 1899.

3. — **Résultat de l'opération non sanglante de Lorenz.** (En collaboration avec M. le professeur Piéchaud.) *Société de Pédiatrie*, 23 juillet 1901.

4. — **Un cas de guérison complète de luxation congénitale de la hanche.** *Société anatomique*, séance du 28 septembre 1903.

5\. — **Luxation congénitale double des hanches; réduction parfaite du côté gauche; échec complet du côté droit.** *Société anatomique*, 14 septembre 1903.

6\. — **Luxation congénitale de la hanche.** (En collaboration avec M. le professeur Piéchaud.) *Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

7\. — **Du ressaut cotyloïdien spontané ou signe de Gerdy pour le diagnostic précoce de la luxation congénitale de la hanche.** *Archives provinciales de Chirurgie*, 1903.

Nous avons dans ce travail décrit et essayé d'interprêter un signe dont nous avions été frappé chez un enfant atteint de luxation congénitale et chez lequel, nous avions été porté à affirmer ce diagnostic sur la seule constatation de gros craquements, se produisant dans certains mouvements de l'articulation coxofémorale. Notre attention éveillée sur ce point particulier, nous avons pu trouver deux autres petits malades chez lesquels la constatation de ce signe était des plus typiques. Ce sont ces observations qui nous servent à établir les caractères de ce que nous avons appelé le *ressaut cotyloïdien spontané*.

Ce signe est l'association d'un bruit et d'un déplacement osseux ou ressaut se produisant simultanément dans l'articulation à l'occasion le plus souvent d'un mouvement d'abduction. Le bruit est sourd, rugueux plus ou moins intense, s'entendant à distance; le déplacement qui l'accompagne consiste en un mouvement brusque, en une sorte de déclanchement que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui obtenu dans les manœuvres de réduction par la méthode Paci-Lorenz. Dans les cas que nous avons observés ce signe était d'une telle netteté qu'on ne pouvait le confondre avec aucune autre affection. Un des caractères qui nous a paru constant, c'est la facilité avec laquelle ce signe se reproduit spontanément. Il parait s'atténuer au fur et à mesure que la tête fémorale s'éloigne de la cavité cotyloïde et qu'apparaissent les signes de certitude de la luxation. Pour établir, avec quelque vraisemblance, sa fréquence, il faudrait examiner de parti-pris un très grand nombre d'enfants

en bas-âge. Nous croyons qu'il y aurait intérêt à se renseigner auprès des parents, en attirant leur attention sur ce signe qui peut passer inaperçu dans ses modalités atténuées. Sa constatation est pour nous de grande valeur. Dans les premiers mois qui suivent la naissance, il serait le seul élément de diagnostic précoce.

Gerdy avait autrefois signalé l'existence de craquements se produisant surtout dans l'abduction et traduisant la subluxation de la tête fémorale. C'est en raison de ce fait, que nous proposons de donner à ce signe le nom de cet auteur, sans vouloir adopter pour cela d'une façon exclusive l'explication qu'il en avait fournie. Lorenz s'élève énergiquement contre cette opinion de la subluxation possible. Qu'il soit dû au ressaut du rebord cotyloïdien postérieur ou à celui de ces « accidents de terrain » qui existent si fréquemment dans la fosse iliaque externe en pareil cas, ce symptôme est toujours lié à un déplacement de la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde déshabitée : on ne peut en comprendre autrement la production.

Nous ne serions pas éloigné de croire que le signe que nous décrivons se rapporte à des luxations incomplètes avec déplacement de la tête sur le rebord cotyloïdien. Ce qui, jusqu'à preuve du contraire, nous porte à émettre cette hypothèse, c'est l'évolution de ce signe à mesure que l'enfant grandit. Nous signalons l'opinion d'Hoffa qui considère ces craquements comme un signe de l'absence du ligament rond, permettant une plus grande mobilité du fémur et une reproduction plus fréquente de ses sorties hors de la cavité cotyloïde.

Etant données les grandes difficultés du diagnostic précoce de la luxation chez les jeunes enfants, ce signe nous paraît avoir une certaine valeur et devrait être utilement recherché soit dans les anamnésiques soit par sa constatation directe. Seul il permettra d'affirmer, lorsqu'on le rencontra, la malformation, alors qu'à cette période, ainsi qu'il ressort des constatations de M. le professeur Kirmisson, d'Hoffa, de Lorenz, il y a pénurie absolue de symptômes.

8. — **Des résistances opposées à l'abaissement de la tête fémorale par les adducteurs dans la réduction non sanglante.** Mémoire présenté à l'appui de ma candidature à la *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, octobre 1903.

Nous étudions dans ce travail le raccourcissement des muscles adducteurs de la cuisse et la résistance qu'ils opposent à l'abaissement de l'extrémité supérieure du fémur dans les manœuvres de réduction. Nous basons nos réflexions sur des observations inédites, toutes également démonstratives de l'efficacité de la ténotomie ou de la désinsertion par manœuvres externes suivant la technique préconisée par Lorenz. Sous l'influence de ce temps particulier de l'intervention, on peut voir se réaliser la descente de l'extrémité supérieure du fémur, et obtenir des résultats qu'il serait impossible d'atteindre sans cette manœuvre. L'une de ces observations est caractéristique ; il s'agissait d'une fillette chez laquelle, à deux reprises différentes, la réduction avait été inutilement essayée. Nous fûmes frappé de la tension considérable des muscles adducteurs très notablement raccourcis. De parti-pris, nous en pratiquâmes la rupture sous-cutanée, et nous pûmes immédiatement transposer la tête en avant. Nous insistons, en terminant, sur les indications de cette manœuvre, inutile chez les jeunes enfants, indispensable et efficace lorsqu'il s'agit de sujets plus âgés chez lesquels le raccourcissement musculaire joue un rôle indéniable.

9. — **Tumeur blanche tibio-tarsienne avec lésion de l'astragale.** *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

10. — **Synovite fongueuse du petit doigt.** (En collaboration avec M. Carles.) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

L'observation que nous étudions dans cette communication correspond à une forme anormale de synovite tuberculeuse localisée à la gaine palmaire du petit doigt, et ayant eu une marche véritablement galopante. Nous montrons que l'examen histologique

dans les cas analogues est indispensable pour différencier cette affection du sarcome des parties molles. Dans le cas particulier une incision exploratrice permit de prélever quelques fragments qui furent examinés dans le laboratoire de M. le professeur Coyne. Les coupes pratiquées permirent de constater l'existence de nombreuses cellules géantes. L'examen de laboratoire est dans ces circonstances le critérium sans lequel on ne peut décider aucune intervention. Celle-ci fut pratiquée quelques jours plus tard et donna un excellent résultat.

11. — **Suture du tendon d'Achille.** *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er décembre 1901.

Je fus conduit dans ce cas à pratiquer une suture tendineuse chez un enfant de sept ans dont le tendon d'Achille fut entièrement sectionné dans une chute sur un tesson de bouteille. La suture des deux extrémités du tendon fut relativement facile, malgré une perte de substance de plusieurs centimètres. Une partie du lambeau cutané se sphacéla sans que pour cela la suture du tendon fut compromise : Cette observation contribue à montrer les résultats que l'on peut obtenir de la tenorraphie, même dans les cas où les extrémités tendineuses sont notablement éloignées l'une de l'autre.

12. — **Technique de l'anastomose tendineuse d'après un procédé d'accolement tendineux latéral dans la paralysie infantile. Procédé de M. le professeur Piéchaud.** *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes, 1901.

Dans cette communication que la *Presse Médicale* du 5 octobre 1901, analyse dans ses comptes rendus, nous décrivons une technique d'anastomose tendineuse par accolement latéral et suture, qui simplifie le manuel opératoire employé en pareil cas. Ses temps principaux consistent en : 1° un avivement étendu de 2 centimètres environ sur les bords des tendons intéressés, que l'on obtient facilement en enlevant une languette tendineuse de quelques millimètres d'épaisseur ; 2° une suture faite à la soie

fine en surjet; elle rapproche les deux tendons avivés par le bord éloigné, la partie moyenne de leur tranche de section, puis le bord superficiel. On réalise ainsi une suture à trois plans qui fixe solidement les organes en contact; 3° dans un troisième temps on reconstitue une gaine commune aux dépens des gaines propres à chacun des tendons. Ce procédé à rapprocher de celui décrit par Parrish a plusieurs fois été utilisé avec succès; il présente l'avantage d'être simple, méthodique et utilisable même avec des tendons très grêles. Il paraît devoir être le procédé de choix pour l'anastomose de deux tendons voisins, comme ceux du jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils.

13. — **Appareil pour mobiliser le coude après la résection ou l'arthrotomie.** *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie,* 19 décembre 1902.

Ayant pratiqué avec succès l'arthrotomie du coude chez un enfant atteint de luxation invétérée, nous fûmes conduit, pour assurer la conservation des mouvements, à faire construire un

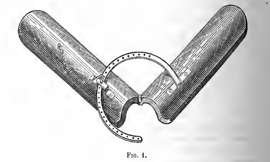


Fig. 1.

petit appareil de mobilisation qui nous donna dans ce cas un résultat excellent. Cet appareil mobilisateur du coude fut présenté par nous à la Société de Médecine et de Chirurgie dans sa séance

du 19 décembre 1902. Il consiste en deux attelles de bois léger et creusées en gouttière, chacune d'elles s'adaptant à l'un des deux segments de l'articulation; par leurs extrémités inférieures elles sont articulées et ne peuvent exécuter que des mouvements de flexion et d'extension.

L'étendue de ces mouvements est mesurée et dosée par un

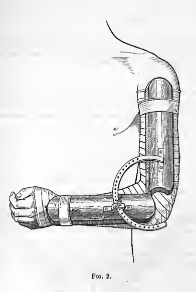


Fig. 2.

segment de cercle métallique fixé à l'attelle brachiale et sur lequel glisse librement le segment correspondant à l'avant-bras. Un nombre assez considérable d'orifices, creusés dans l'arc métallique, permet de fixer le membre dans une attitude variable pouvant aller de la flexion angulaire à l'extension absolue.

Un des multiples avantages de ce petit instrument de fabrication très aisée et peu compliqué consiste dans ce fait, qu'il permet la

mobilisation progressive et graduelle du coude, en assurant la fixité de l'articulation dans le sens latéral.

Les deux figures 1 et 2, tirées d'un article en publication dans la *Pédiatrie pratique*, permettent de se rendre compte de la configuration et du mode d'application de cet appareil, que nous avons aussi très utilement employé dans plusieurs cas de fractures du coude chez l'enfant.

14. — **Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois, avec réaction précoce de dégénérescence.** (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, 10 novembre 1902.

15. — **Anévrisme diffus de la fesse : Ligature de l'hypogastrique; ouverture du foyer. Ligature de la fessière. Guérison.** *Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, 1903.

A l'occasion d'une observation personnelle d'anévrisme diffus de la fesse, survenu brusquement chez un homme de trente et un ans, nous étudions les indications opératoires et la technique à suivre en pareil cas. Les règles généralement adoptées consistent à inciser le foyer et à lier les deux bouts. Nous croyons qu'à la région fessière les conditions anatomiques sont telles que, dans certains cas d'infiltration considérable s'étendant très loin, il est préférable avant d'ouvrir le foyer d'assurer l'hémostase, en pratiquant d'emblée la ligature de l'artère hypogastrique. C'est ce que nous fîmes dans cette circonstance. Etant donné l'état général de notre blessé, pour économiser du temps et hâter la ligature en la simplifiant, nous eûmes recours à la laparotomie sur le plan déclive; en quelques minutes l'iliaque interne fut liée et le ventre refermé. Assurés ainsi de ne pas être inondé de sang, le foyer fut incisé, débarrassé d'une grande quantité de caillots, ce qui nous permit de voir un jet de sang rouge sortant de l'artère fessière à son émergeance. La ligature en fut facile. La guérison se fit sans incident.

Cette observation curieuse à plus d'un titre, nous a permis de

nous rendre compte que sans la ligature préalable de l'iliaque interne, l'intervention menaçait d'être très difficile, elle eut pu être fatale étant donné l'état d'anémie aiguë de notre opéré. Il nous a paru qu'il serait dans ce cas peu prudent de suivre le précepte actuel de la chirurgie vasculaire, en faisant d'emblée porter notre intervention sur le foyer de l'hémorragie. Il était à craindre, en suivant cette technique, de ne pas être maître de l'hémorragie dont le point de départ profond eut échappé à nos moyens. En agissant ainsi, nous pensions diminuer les aléas de notre opération. La voie transpéritonéale a facilité considérablement le premier temps de l'intervention. L'ouverture du foyer, rendu ainsi beaucoup plus simple, nous a permis de faire une observation importante. Malgré le fil posé sur l'hypogastrique, la circulation n'était pas complètement abolie même immédiatement après la ligature. Cette constatation a la valeur d'un fait expérimental et montre qu'en pareil cas la ligature préventive ne doit être qu'une partie d'une opération plus logique devant toujours porter sur le siège même de la déchirure artérielle.

16. — **Ostéomyélite à foyers multiples.** *Société anatomique*, séance du 24 juin 1901.

17. — **Ostéomyélite du calcaneum et de l'astragale.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 10 mars 1901.

18. — **Considérations sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.** *Communication à l'Association française de l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, 1903.

19. — **Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur.** *Revue de Chirurgie*, 1903.

Nous avons, dans ce travail et dans notre communication au Congrès d'Angers, étudié cette localisation grave de l'ostéomyélite aiguë; forme trop souvent méconnue et dont la mortalité paraît

très élevée 60 p. 100. Après un court aperçu historique sur la question, nous constatons que les diverses observations publiées se trouvent éparses dans une série de travaux que nous signalons : Lannelongue, Broca, Braquehaye, Piéchaud, Demons en France et leurs élèves dans les thèses de Bernard (Bordeaux 1897), Levêque (Lyon 1895), Cardot (Paris 1902); parmi les études étrangères nous rapportons les mémoires de Macnamara, Swicke, Gray et Barton, Koplick, etc. Tels sont les principaux documents que nous avons utilisés pour faire une étude d'ensemble, aussi complète que possible, de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur dont la description nous a été facilitée par l'observation d'une de nos jeunes opérées, dont l'histoire détaillée est rapportée dans ce travail. Il s'agit, en deux mots, d'une fillette de huit ans que nous opérâmes exactement trente-trois jours après le début de l'affection prise jusque là pour une coxalgie. Il existait un abcès profond de la face antérieure de la cuisse, arthrite purulente, décollement de la tête fémorale et ramollissement de toute l'extrémité supérieure de l'os. Résection de la hanche. Guérison avec raccourcissement considérable du membre. Tel fut le fait clinique qui nous engagea à faire ces recherches.

I. — Au point de vue ÉTIOLOGIQUE nous mettons en relief les particularités suivantes :

a) Age surtout de 0 à 1 an et de 5 à 15 ans;

b) Sexe, prédominance marquée pour les garçons $\frac{30}{54}$;

c) Traumatisme signalé dans près de la moitié des observations;

d) Causes générales ne présentant rien de particulier; la porte d'entrée du germe, varie avec chaque observation;

e) Nature microbienne se répartit ainsi :

Staphylocoques	11
Streptocoques	6
Pneumocoques	3
Staphylocoques et streptocoques	1
Bacille tuberculeux et staphylocoque	1

f) Côté : prédominance pour le côté droit, rarement bilatérale;

g) Fréquence, 9 fois sur 113 cas (statistique de Golay).

II. Anatomie pathologique. — L'étude rapide du développement de l'extrémité supérieure du fémur, nous conduit à étudier :

1° Les ostéomyélites des points d'ossification trochantériens, les trochantérites ;

2° Les ostéomyélites de la tête fémorale.

Par leur fréquence relative et leur importance particulière, ce sont surtout ces derniers faits que nous envisageons ; nous en réunissons 47 observations, et, dans toutes, l'articulation participait aux lésions inflammatoires. Rarement le pus se collecte sous le périoste comme dans un cas de Gangolphe ; dans la majorité des cas, l'article est rempli de pus ; celui-ci ne tarde pas à migrer à travers la capsule pour constituer les abcès profonds de la fesse et souvent des abcès cruraux longtemps cachés sous les muscles volumineux de la région.

Un des phénomènes assez fréquemment signalé, consiste dans le décollement de l'épiphyse : cette dernière complètement détachée reste à l'état de véritable corps étrangers de l'articulation. La luxation spontanée paraît être exceptionnelle ainsi que les destructions du rebord cotyloïdien mentionnées dans les faits de Coudray et Monnier. Les dégats anatomiques paraissent avoir leur maximum au niveau de l'extrémité supérieure qui peut à la longue participer aux phénomènes destructifs et présenter des altérations analogues à celles que nous avons pu nous-même observer ; dans quelques cas, le canal médullaire est lui aussi envahi par le pus.

III. Evolution clinique. — Nous passons successivement en revue les signes généraux et locaux de l'ostéomyélite de la tête qui peuvent se rapporter à des formes suraiguës, aiguës ou subaiguës. Parmi les signes subjectifs nous donnons une place importante à la *douleur provoquée* par les moindres mouvements du membre inférieur, irradiée exceptionnellement à l'article sous-jacent (gonalgie), réveillée par la pression à la base du triangle de Scarpa. L'impotence fonctionnelle est dès le début absolue.

Parmi les signes objectifs nous étudions :

a) L'*attitude anormale* en abduction et rotation externe ;

b) La *contracture musculaire* ;

c) La *déformation* peu prononcée au début, affecte soit la forme

d'un gonflement léger; plus tardivement la cuisse prend l'aspect dit « en gigot » ou « en baril »;

d) La *circulation veineuse superficielle* qui manque rarement;

e) La *fluctuation*, surtout marquée dans la région des adducteurs;

f) Le *bourrelet annulaire de Chassaignac*, paraît être un signe tout à fait exceptionnel;

g) L' *adénite inguinale*.

Le groupement variable de tous ces symptômes nous fait admettre trois types cliniques auxquels nous croyons pouvoir rapporter toutes les observations publiées; ce sont les formes :

1° *Typhoïdes* analogues à celles qu'on peut observer dans toutes les localisations ostéomyélitiques aiguës;

2° *Rhumatoïdes* simulant une poussée de rhumatisme monoarticulaire;

3° *Coxalgiques*. Cette dernière variété correspond au tableau clinique décrit par le professeur Poncet, sous le nom de « pseudo-coxalgies ».

Dans les *ostéomyélites du grand trochanter* l'évolution est souvent moins aiguë, les accidents moins importants; ce qui fait, en effet, la gravité des formes précédentes c'est la participation de l'articulation coxo-fémorale. De toutes les complications survenant dans le cours de cette affection, nous insistons sur le *décollement épiphysaire* facile à diagnostiquer par la mobilisation prudente du membre, déterminant de gros craquements comparés par le professeur Poncet *à ceux d'une noix sèche dans sa coque*. Nous complétons cette partie clinique par l'étude comparée de 54 observations, dont nous groupons les principaux caractères dans un tableau d'ensemble qui nous permet de tirer quelques déductions importantes. C'est ainsi que la mortalité, prise en bloc, est très élevée et atteint 60 p. 100 des cas publiés; dans ce chiffre il faut faire une place à part au streptocoque qui déterminerait 80 p. 100 de morts. Ce taux élevé s'explique si l'on songe que ce sont surtout les enfants en bas-âge qui sont la proie facile de cet agent redoutable. Le raccourcissement, les attitudes vicieuses et les ankyloses s'observent souvent et viennent encore assombrir le pronostic au point de vue du fonctionnement ultérieur du membre.

IV. Diagnostic. — Dans ce chapitre nous envisageons les erreurs qui peuvent être commises avec les autres maladies générales : (dothiénentérie, rhumatisme, blennorragie) ou locales (coxalgie, psoitis, phlegmon diffus).

Nous concluons en disant : *sachons surtout penser à la possibilité de l'ostéomyélite* dans ses formes profondes et rares; c'est le seul moyen de porter un diagnostic précoce et partant de prévenir l'évolution fatale des accidents.

V. Traitement. — Celui-ci est facile lorsqu'il s'agit d'une *forme trochantérienne* : inciser, trépaner et drainer sont les trois temps de l'intervention qui dans ces cas ne présente aucune difficulté d'interprétation.

Dans l'ostéomyélite de la tête fémorale les conditions sont différentes et la conduite à tenir a été diversement jugée : la discussion porte surtout entre la simple *arthrotomie*, l'*arthrotomie* avec *opération osseuse conservatrice* (Chavannaz) et la *résection*. Tout le problème repose sur les faits suivants : en ouvrant simplement l'article on risque de pratiquer une opération insuffisante, puisque la lésion est au début d'origine osseuse; en réséquant on supprime l'extrémité supérieure de l'os et on court presque fatalement au raccourcissement ultérieur. Cependant en présence d'accidents graves et si surtout l'intervention n'est pas pratiquée dès l'éclosion des phénomènes morbides nous concluons « l'arthrotomie est insuffisante c'est la résection qu'il faut pratiquer » comme le disait Ollier : *elle est à la hanche la plus haute expression du drainage.*

20. — **Coxalgie suppurée de la hanche droite. Méningite mortelle survenue en pleine convalescence.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 9 août 1903.

Nous montrons, à propos de cette observation, les difficultés de diagnostiquer l'état exact des lésions tuberculeuses profondes, alors qu'il n'existe plus de douleur, que les accidents paraissent écarter toute complication : la méningite est toujours possible, elle peut survenir spontanément en pleine convalescence même chez des enfants présentant les plus belles apparences.

21. — **Tuberculose osseuse multiple : Spina ventosa du petit doigt de la main droite; abcès froid thoracique d'origine sous-pleurale.** *Communication à la Société anatomique*, séance 3 août 1903.

22. — **Angiome caverneux de la face dorsale du poignet.** (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, 11 mars 1902.

23. — **Pied bot congénital avec déformation de l'astragale et du scaphoïde.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 9 août 1903.

Nous étudions les altérations osseuses d'un pied bot varus equin invétéré traitée avec succès par la tarsectomie postérieure avec extirpation de l'astragale et du scaphoïde.

24. — **Polydactylie. Pouce surnuméraire.** *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

25. — **Hémiplégie spasmodique infantile. Pied bot Equin.** *Gazette hebdomadaire des Siences médicales*, août 1903.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un résultat éloigné obtenu dans le traitement d'un pied bot spasmodique par la ténotomie du tendon d'Achille associée à un redressement exagéré sous appareil plâtré. La correction s'était maintenue d'une façon absolue au bout de deux ans contrairement à ce que l'on observe : la reproduction de l'attitude vicieuse étant fréquemment signalée.

26. — **Ostéosyphilose héréditaire tardive du tibia, avec allongement hypertrophique et accidents douloureux rebelles n'ayant cessé qu'après trépanation et large évidement de toute la diaphyse.** *Communication à l'Association française pour l'avancement des Sciences*, Angers, 1903.

27. — **De l'évidement du tibia syphilitique dans les formes d'ostéites névralgiques rebelles.** *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie*, 23 novembre 1903, et *Gazette des Sciences médicales*, 20 décembre 1903.

Dans ce mémoire, remis à l'appui de notre candidature, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, nous étudions des indications exceptionnelles sans doute, mais cependant dans certains cas très nettes d'interventions chirurgicales dans le cours de la syphilis osseuse. Nous avons pu réunir 5 observations de Jullien, Ménard et Viannay se rapportant à des cas de syphilis acquise ou héréditaire, revêtant la forme de névralgies rebelles au traitement spécifique le plus intensif. Dans ces faits, on eut recours en dernière analyse à la trépanation, et c'est sur la valeur de cette opération, qu'à l'occasion d'une observation personnelle très nette, nous avons entrepris ce travail.

Nous avons pu nous rendre compte que ces formes cliniques se rencontrent surtout alors que le squelette est en pleine croissance, chez des sujets jeunes. Le gros symptôme est la *douleur*, dont l'intensité en fait une redoutable complication. Ces caractères sont constitués par des exacerbations nocturnes, son siège diaphysaire et l'exagération de son intensité, sous l'influence de la fatigue. Mais la particularité que nous tenons surtout à signaler, c'est la résistance particulière de cette douleur osseuse à la médication spécifique, quelle que soit la forme sous laquelle on l'applique. Ce n'est qu'après avoir constaté cette insuffisance du traitement médical que l'on peut songer à faire appel à la thérapeutique chirurgicale. Dans ces cas, tantôt le tibia est seulement augmenté de volume, d'autres fois, il est régulièrement hyperostosé. Dans notre observation, ainsi que dans les faits de Ménard, Hoffa et Gangolphe, on note un allongement hypertrophique, aboutissant à la production d'un pied plat valgus. Au point de vue macroscopique, on rencontre rarement les galeries hélicoïdales décrites par Poulet; pas de séquestres; quelquefois l'os atteint est creusé de petites cavités remplies d'une substance sèche et pulvérulente. Le caractère anatomique le plus constant, c'est l'existence d'*ostéite conden-*

sante; le tissu malade est dur comme l'ivoire et se laisse à peine entamer par petits copeaux. D'autres fois, le tibia paraît bourré de gommes syphilitiques qui se déforment et lui donnent un aspect irrégulier.

Nous croyons qu'après l'essai infructueusement prolongé du traitement médical, le chirurgien est, dans ces cas, autorisé à intervenir. Suivant les circonstances, il dirigera son opération : dans tous les cas, il trépanera assez largement et continuera le traitement spécifique.

L'étude des observations que nous avons recueillies nous permet d'affirmer qu'avec les soins antiseptiques habituels, cette intervention est complètement bénigne. Nous devons à la vérité de dire qu'elle est aussi efficace au point de vue de la disparition des phénomènes douloureux. Suivant que ceux-ci s'atténuent immédiatement ou au contraire d'une façon lente et progressive, nous recourrons pour en expliquer la production :

1° A la congestion osseuse; 2° à la compression des filets nerveux dans le tissu éburné; 3° enfin à l'existence d'une véritable névrite, ainsi que l'idée en avait été émise par Ollier.

Nous concluons : lorsque les douleurs pénibles et persistantes de l'ostéite syphilitique ne disparaissent pas par l'administration du traitement spécifique intensif longtemps continué, le chirurgien est autorisé à intervenir. L'inefficacité de ce traitement montre, en effet, qu'il existe autour de l'élément syphilitique des lésions réactionnelles banales contre lesquelles il faut agir, à titre exceptionnel, par la méthode sanglante, seule susceptible, dans ces cas, de procurer d'heureux résultats. En agissant ainsi, on réalise cette idée d'Ollier : « Il faut traiter le tissu osseux comme les tissus mous, pénétrer partout où l'on peut soupçonner soit du pus à évacuer, soit un *étranglement à faire cesser.* »

II. — THORAX ET COLONNE VERTÉBRALE

28. — **Contribution à l'étude de l'immobilisation dans le mal de Pott chez les enfants. Appareil à immobilisation et extension continue. Statistique de la clinique chirurgicale infantile.** *Thèse* Bordeaux, 1899.

Nous écrivîmes notre thèse inaugurale alors que la retentissante communication de Calot de Berk paraissait devoir révolutionner le traitement du mal de Pott. Sous l'inspiration des résultats que nous obtenions dans le service de clinique chirurgicale infantile de notre maître, M. le professeur Piéchaud, nous eûmes l'idée de rechercher ce que devenaient, au point de vue de la santé générale et de la gibbosité, les malades considérés comme guéris. Retrouver ces anciens pottiques, constater leur état, comparer leur histoire, tel fut le but vers lequel nous fûmes guidés. Malgré les difficultés que connaissent bien tous ceux qui ont tenté de retrouver des malades plusieurs années après leur séjour à l'hôpital, nous pûmes recueillir 120 observations, dont nous reproduisons les caractères particuliers dans un tableau d'ensemble.

Chapitre I. — Nous rappelons succinctement, dans ce chapitre, les formes diverses sous laquelle l'immobilisation fut appliquée durant des siècles à la thérapeutique de la tuberculose vertébrale. Depuis le « banc d'Hippocrate », qui n'était autre chose qu'une échelle sur laquelle on étendait le patient jusqu'aux lits plus

complexes de *Venel*, *Duval*, *Lafond* et *Gillebert d'Hercourt*, se présentant sous l'aspect de véritables instruments de torture. Parmi les applications plus modernes nous signalons les *appareils*



Fig. 3. — Corset appliqué à l'enfant étendu sur un lit.

de Reyher et Rauchfas (1876), consistant en une sangle passant sous la région atteinte de gibbosité et la suspendant en quelque sorte au-dessus du lit sur lequel le malade est couché. Cette technique employée dans le service de Bergmann paraît peu

conciliable avec une immobilisation prolongée. Avec la *gouttière de Bonnet* l'immobilisation revêt une modalité plus sérieuse, mais elle a quelques gros inconvénients ; chez les enfants ne per-



Fig. 4. — Appareil complet avec claie en osier.

mettant pas une propreté absolue et chez les pauvres, étant donné son prix élevé.

La *caisse de Nebel*, le *lit de Phelps* et le *lit plâtré de Lorenz* ne paraissent se rapporter qu'à quelques cas particuliers.

Chapitre II. — Nous y donnons la description de l'appareil à immobilisation et extension continue en usage dans le service de chirurgie infantile (fig. 3 et 4).

Chapitre III. — Dans cette partie de notre travail nous étudions nos observations groupées en trois types : maux de Pott : 1° avec longue immobilisation; 2° avec immobilisation insuffisante; 3° sans immobilisation.

La comparaison de ces cas, au triple point de vue de la gibbosité, des paralysies et des abcès, montre d'une façon évidente l'importance d'une *longue immobilisation*. Celle-ci seule est susceptible d'amener la régression d'abcès par congestion, même très volumineux, ainsi qu'il ressort de la remarquable observation I, relative à une fillette de six ans, atteinte de mal de Pott dorso-lombaire, avec un abdomen anormalement développé, offrant l'aspect d'un ventre gravide de sept à huit mois chez laquelle l'immobilisation amena la régression progressive et la disparition complète de ce volumineux abcès dont le contenu était évalué à 3 litres de pus.

Chapitre IV. — Nos *résultats* nous permettent d'affirmer qu'il peut très bien y avoir compatibilité entre les exigences d'une immobilisation sérieuse dans le mal de Pott et les nécessités du traitement général. Dans la phase aiguë de la tuberculose vertébrale, le repos au lit doit être continué pendant des mois; il faut y recourir encore longtemps après que les phénomènes douloureux ont disparu. Avec l'immobilisation précoce; nous n'avons pas trouvé d'exemple de troubles paralytiques ou d'abcès survenus pendant le traitement. Dans les observations où ces complications existaient au moment de l'application d'une thérapeutique rationnelle, nous les avons toujours vus s'atténuer et quelquefois disparaître à la longue.

L'étude comparée de notre statistique confirme les résultats antérieurement publiés par M. le professeur Kirmisson, au point de vue de la répartition du mal de Pott et la fréquence des abcès ossifluents. (Statistiques, années 1897-1898.)

Chapitre V. — Nous tirons de notre travail plusieurs conclusions pratiques.

Cherchant à préciser la durée du traitement, nous disons : « Pour obtenir des succès et des guérisons définitives l'emploi de l'appareil doit être longtemps prolongé sans qu'il soit possible de donner des limites précises, chaque cas ayant ses indications. » D'une manière générale, il faut immobiliser au moins pendant dix-huit mois à deux ans, un mal de Pott nettement confirmé et dont le début remonte à plusieurs mois. Mieux vaut, en pareille occurrence, pécher par excès que par défaut. Le traitement ainsi appliqué est le seul rationnel ; en général, très bien accepté par les malades, il est possible avec la conservation d'un excellent état général. Sous son influence, dans les mauvais cas avec altération profonde de la santé, on assiste progressivement au retour de celle-ci et à la disparition complète des signes pathologiques.

29. — **Corps étrangers des voies aériennes chez un enfant de vingt-six mois. Trachéotomie.** (En collaboration avec M. le professeur Chavannaz. *Bulletin de la Société de Pédiatrie, d'Obstétrique et de Gynécologie*, 14 mai 1901.)

L'intérêt du cas que nous rapportons, réside d'une part dans les difficultés du diagnostic, et d'autre part dans les particularités de l'intervention. La trachéotomie basse fut insuffisante pour amener l'expulsion spontanée du corps étranger (haricot) dont le volume s'était accru par hygrométrie. La technique employée dans cette observation est exceptionnelle : lorsque le corps étranger se déplaçait dans la trachée, il était impossible de l'extraire car il passait à frottement dur et malgré tout ce qu'on pouvait faire, l'asphyxie était menaçante. Nous eûmes recours alors, à différentes reprises, au refoulement par l'intermédiaire d'une sonde en gomme élastique ; la respiration se rétablit et dans une de ces séances, en retirant la sonde, on coinça le haricot qu'on put faire passer dans le bout sous-glottique de la trachée, d'où il fut extrait assez facilement. La conduite qui fut adoptée dans ce cas nous fut imposée par les conditions mêmes des phéno-

mènes que nous observions; son utilité fut incontestable, mais nous en croyons les indications tout à fait exceptionnelles.

30. — **Corps étrangers de la trachée.** (Observation personnelle communiquée à la *Société d'Anatomie* le 11 juin 1900 par MM. Carles et Lafargue.)

31. — **Adénopathie trachéo-bronchique avec irruption brusque ou contenu d'un ganglion caséeux dans les bronches. Trachéotomie.** *Journal de Médecine de Bordeaux*, 11 février 1900.

L'observation que nous rapportons est surtout curieuse en ce qu'elle montre les difficultés cliniques du diagnostic des corps étrangers des voies aériennes. Un enfant de sept ans, sans antécédents héréditaires ou personnels et d'apparence robuste est pris brusquement au milieu de ses jeux d'une dyspnée excessive avec cyanose de la face. Apporté à l'hôpital, il présente les signes caractéristiques de l'existence d'un corps étranger dans les voies aériennes : dyspnée, tirage sus et sous-sternal, cyanose; diminution bilatérale du murmure vésiculaire. Nous pratiquons d'urgence une trachéotomie basse sans grande difficulté. La canule, une fois introduite, la respiration ne s'effectue pas mieux et le malheureux enfant meurt quelques minutes après. A l'autopsie (*Bulletin de la Société d'Anatomie*, 9 janvier 1900) nous pûmes nous rendre compte de l'absence de lésions laryngées ou trachéales. Par contre, l'ouverture des bronches donna l'explication des phénomènes observés : il existait, comme le montre la figure ci-jointe, à la partie supérieure et antérieure de la bronche droite, une large perte de substance conduisant dans un ganglion caséeux dont le contenu obturait les voies aériennes. Le véritable obstacle existait au niveau de la bifurcation de la trachée et on voyait même un prolongement cylindrique long de trois à quatre centimètres oblitérant incomplètement la bronche gauche.

L'étude de ce cas qui fut le point de départ de la thèse de notre élève Gallet de Santerre où cette curieuse observation est rapportée avec toutes ses particularités (fig. 5), nous conduisait à conclure :

« Etant donnée la difficulté inhérente à ce diagnostic, nous nous demandons si en pareil cas, en présence d'accidents brusques et inexpliqués d'obstruction trachéo-bronchique, on ne serait pas en droit de recourir à l'introduction de sondes ou de curettes mousses

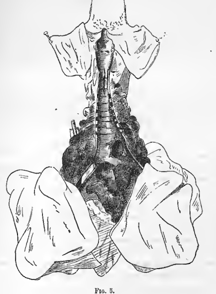


Fig. 5.

eu égard surtout à la consistance molle de l'obstacle. Il est vraisemblable de penser que ces tentatives faites prudemment eussent peut-être morcellé le bloc caséeux et facilité le passage de l'air. D'ailleurs, c'est là une idée qui a été mise en pratique par MM. Bayeux et Audoin dans une observation analogue.

32. — **Pleurésie purulente chez l'enfant.** In *thèse* Cassat, Bordeaux, 1899.

Le traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant obéit aux mêmes exigences que chez l'adulte : ouvrir et drainer. Dans six observations personnelles communiquées à notre élève Cassat et publiées *in-extenso* dans sa thèse inaugurale. Nous donnons les résultats de nos constatations surtout au point de vue des lavages pleuraux qui, à titre exceptionnel, peuvent rendre des services et paraissent avoir uue action indéniable sur la chute de la température ainsi qu'il ressort des graphiques accompagnant nos observations.

33. — **De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de la plèvre consécutifs à l'opération de l'empyème.** *Archives de Médecine des enfants*, janvier 1904.

La question que nous envisageons dans cet article n'est pas un fait de pratique journalière elle a cependant une certaine importance clinique. Nous avons surtout en vue la chute accidentelle d'un drain dans la cavité pleurale ; cet accident a été signalé plusieurs fois entre autres par Bouveret, Courtois-Suffit, Leluc, etc. Il semble qu'il soit plus facilement observé chez l'enfant si rebelle aux pansements. C'est pour un bébé de deux ans que nous fûmes appelé à prendre une décision. Alors qu'on s'est assuré de la réalité du fait, la technique à suivre peut se résumer en l'une des conduites suivantes : 1° l'expectation, 2° les tentatives d'extraction avec pinces appropriées, 3° la dilatation simple du trajet, 4° intervention sanglante avec ou sans résections costales.

Nous étudions successivement ces différents moyens; rejetant l'expectation réservée pour les cas où le chirurgien a un doute sur l'existence réelle du drain dans la plèvre. Nous discutons l'emploi des pinces qui correspond au premier mouvement et ne donnera de résultats qu'au moment même de l'accident alors que le corps étranger est encore dans le trajet. Ces tentatives devront être faites très prudemment. Si comme c'est le cas le plus fréquent

elles échouent c'est à la dilatation simple du trajet qu'il faut recourir soit qu'on agrandisse l'incision au bistouri ou qu'on ait recours à l'introduction de tiges dilatables de laminaire. Cette façon de procéder est d'une simplicité considérable et d'une grande efficacité. Dans l'histoire du malade que nous observions elle suffit à provoquer l'issue du drain migrateur. L'intervention vraiment chirurgicale : l'incision d'un espace intercostal ou la résection doit être considérée comme une dernière ressource à laquelle on s'adressera non pas d'emblée mais seulement après échec des moyens plus modérés mais tout aussi efficaces sur lesquels nous attirons l'attention.

34 — **Considérations clinique et thérapeutique sur l'ostéomyélite aiguë des vertèbres chez l'enfant.** (*Association française pour l'avancement des Sciences*, Congrès d'Angers, août 1903.)

De toutes les localisations de l'ostéomyélite aiguë celle de la colonne vertébrale est une de celles dont la connaissance est en France de date récente. Les travaux publiés par Tournadour (Thèse de Paris, 1890), Suttel (Lyon, 1899), Poirier (Progrès médical, 1890), Chipault (Traité de Neurologie chirurgicale, 1900) citent quelques observations intéressantes. Dans la thèse de notre élève Duprat (Bordeaux, 1901) se trouvent deux observations personnelles; auxquelles nous en joignons une nouvelle dans cette communication. Nous les faisons suivre d'une étude sur l'évolution clinique de l'ostéomyélite vertébrale aiguë en rapprochant les faits qui nous sont personnels de ceux publiés par Witzel, Hahn et du très remarquable article de Weber (Deutsche med. Wochensch., mai 1903) dont nous rapportons en détail l'observation dans notre travail.

Nous avons surtout en vue les cas de localisation primitive sur l'axe rachidien; l'ostéomyélite secondaire n'étant qu'un épiphénomène dans le cours d'une ostéomyélite cantonnée dans une épiphyse plus ou moins éloignée. Nous signalons cependant un cas de Cœurderoy dans lequel il est difficile de reconnaître quel a été le point primitivement atteint puisqu'il existait deux foyers :

l'un au corps de la 5e lombaire, l'autre dans l'articulation coxo-fémorale tous deux étant réunis par une collection purulente suivant le trajet du psoas. Il semble cependant ressortir de l'étude que nous avons faite que les ostéomyélites vertébrales secondaires sont plus exceptionnelles que les ostéomyélites primitives de l'axe rachidien.

Parmi les causes auxquelles on a cherché à faire jouer un rôle dans la pathogénie de cette localisation, le traumatisme se rencontre d'une manière inconstante. Il paraissait cependant avoir eu une certaine part chez un de nos malades : les premiers symptômes de l'ostéomyélite vertébrale étant apparus quatre ou cinq jours après que ce jeune garçon eut reçu un coup assez violent sur la région lombaire. Les autres conditions étiologiques ne présentent rien de particulier (convalescence, fatigue, surmenage); elles jouent le rôle de causes prédisposantes chez un adolescent en voie de croissance. La plus grande fréquence chez les garçons est indéniable et s'explique comme pour les autres localisations, par leur activité physique plus grande.

Au point de vue anatomo-pathologique les connaissances que nous avons sur ce sujet sont surtout tirées de quelques rares autopsies et de constatations opératoires toujours insuffisantes et incomplètes. Cependant nous pouvons affirmer que les arcs postérieurs paraissent plus souvent atteints et que de tous les segments de la colonne vertébrale c'est la région dorso-lombaire qui paraît être le lieu d'élection de cette affection. La migration peut se faire en avant le long des corps vertébraux, dans le canal rachidien ou à la région postérieure. La poche purulente uni ou bilatérale est située au-dessous des aponévroses et muscles des gouttières vertébrales qui par leur épaisseur et leur tension la brident solidement en arrière. Dans le canal rachidien l'abcès détermine parfois des signes de myélite qui surviendraient pour Chipault dans un tiers des cas ; du côté des séreuses voisines c'est la plèvre qui le plus souvent participe à l'extension des phénomènes infectieux. Nous rappelons l'observation de Lannelongue où l'on vit au quatorzième jour évoluer une pleuro-pneumonie double reconnaissant certainement une pathogénie analogue.

Comme dans le mal de Pott on trouve signalés des faits où le

pus se collecte en véritables abcès ossifluents descendants sur les parties antéro-latérales du rachis pour apparaître dans les régions fessières (Chipault) ou inguinale (Weber).

Les complications sont surtout le fait des difficultés, dans certains cas, d'un diagnostic précoce et se traduisent tantôt par la périméningite suppurée, myélite ascendante, tantôt par une véritable pyosepticémie à marche rapide.

Nous attirons particulièrement l'attention dans cette communication, sur le polymorphisme symptomatique qui est pour nous une des caractéristiques cliniques de l'ostéomyélite vertébrale dont les manifestations peuvent se rapporter aux cinq types suivants : 1° *typhoïde* 2° *méningitique* 3° *pneumonique* 4° *péritonéal* 5° *septicémique*. Il semble en effet que ce sont là les modalités variées de cette affection : formes déterminées à la fois par le tempérament du malade, la nature de l'infection, la virulence et la localisation des phénomènes infectieux.

Elles expliquent les difficultés du diagnostic que l'on évitera, ainsi que nous le disons, en pratiquant un examen systématique de la colonne vertébrale chez les adolescents. Le malade couché à plat ventre sur son lit, on explore de l'œil et du doigt la région vertébrale : les troubles de coloration de la peau, la vascularisation veineuse superficielle, l'œdème, la fluctuation sont des signes importants mais ils surviennent tardivement. Pour dépister l'ostéomyélite des vertèbres c'est à l'association de symptômes fébriles généraux ne s'expliquant par aucune autre lésion avec l'existence d'un point douloureux, anatomiquement précisé à la pression, que l'on doit s'en rapporter chez un sujet en voie de croissance. Lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite véritable ce point très douloureux existe mais il peut passer inaperçu et doit être soigneusement recherché.

Nous faisons suivre cette étude d'une observation personnelle inédite relative à une ostéomyélite des arcs postérieurs de la troisième vertèbre lombaire chez un garçon de onze ans. L'affection débuta par une angine banale ; au bout de sept à huit jours lorsque nous le vîmes, ce malade avait l'aspect typhoïde le plus net ; température élevée, prostration etc. Les signes qui attirèrent notre attention furent l'existence d'une raideur marquée de la colonne

vertébrale et la résistance du sujet à se mouvoir. Chaque mouvement le faisant sortir de sa torpeur et lui arrachant des cris. A l'examen local : ni voussure, ni œdème, ni rougeur de la peau mais existence d'une hyperestésie profonde très nette avec contracture des muscles des gouttières vertébrales. L'intervention fut pratiquée le soir même : incision sur la ligne épineuse, ouverture à droite et à gauche de deux collections purulentes profondes : les lames de la troisième vertèbre lombaire sont dénudées. Guérison complète sans déformation après élimination de petits sequestres parcellaires.

Dans l'observation publiée quelques mois auparavant par Weber à l'association chirurgicale de Pirogoff et dont nous donnons la traduction, il s'agissait au contraire d'un cas d'ostéomyélite du corps de la deuxième lombaire avec abcès par congestion ayant suivi la gaîne du psoas et qu'on ouvrit dans la région vertébrale. Malgré la gravité des accidents, la guérison survint après élimination de petits séquestres de un à deux centimètres de circonférence ; pas de déviation vertébrale ultérieure mais limitation très marquée des mouvements du rachis.

De ces deux faits typiques l'un d'ostéomyélite des arcs (personnelle) l'autre de localisation primitive aux corps vertèbraux (Weber) nous rapprochons avec nos observations personnelles antérieurement publiées le cas curieux de Cœurdcroy dont nous avons déjà parlé et pour l'interprètation pathogénique duquel nous ne pouvons partager l'opinion de cet auteur. Pour nous il est beaucoup plus vraisemblable de penser qu'il s'agit dans cette observation d'une ostéomyèlite vertébrale primitive passée inaperçue et découverte après la localisation coxofèmorale secondaire. La marche descendante des lésions paraît plus rationnelle. D'ailleurs il s'agit là d'un fait exceptionnel. Rappelant que pour Habn le chiffre de la mortalitée est de 60 °/₀ dans cette affection, nous insistons sur l'importance d'un traitement chirurgical dont nous étudions ensuite et les indications et la technique.

Le point délicat dans cette région consistait à discuter la nature de l'intervention. Doit-on se borner à une simple incision d'abcès ou bien faut-il au contraire, de parti pris et d'emblée, réséquer une partie du squelette (apophyses épineuses ou lames). Nous

concluons à l'opération la plus simple, l'incision seule avec drainage qui suffit le plus souvent à arrêter l'évolution des accidents. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on sera autorisé à réséquer une lame vertébrale, ouvrir même le canal rachidien en réclinant prudemment la moelle comme le fit avec succès Weber dans l'observation que nous rapportons.

Dans les cas ou quelques mois après l'intervention persisteraient ou s'ouvriraient des trajets fistuleux, il suffirait de débrider de nouveau la région pour extraire les sequestres, en général de petit volume et peu importants.

En terminant l'analyse de la communication que nous fîmes en août 1903 au Congrès d'Angers, nous tenons à signaler le remarquable travail paru sur le même sujet, presque en même temps, dans la *Revue d'Orthopédie*, numéro de septembre 1903, sous la signatnre de M. le Docteur Grisel, et dont les constatations corroborent celles que nous avions pu faire à l'insu l'un de l'autre.

35. — **Angione caverneux ulcéré de la paroi thoracique, extirpation.** In *thèse* Gheorghieff, Bordeaux, 1902.

Si l'on peut discuter à l'occasion du traitement des angiomes, entre les avantages de l'électrolyse et de l'intervention sanglante. Il est des cas où l'extirpation est le procédé de choix : en particulier lorsque l'angiome circonscrit est ulcéré. L'observation VI qui figure dans ce travail et qui nous est personnelle, est relative à un enfant de vingt mois portant dans la région thoracique un angiome caverneux du volume d'une mandarine avec ulcération centrale. L'extirpation que nous pratiquâmes fut assez facile malgré un prolongement de la tumeur dans l'épaisseur du muscle grand dorsal. Histologiquement la tumeur présentait tous les caractères d'un amgiolipome. Le cas tire tout son intérêt du volume de la tumeur, des indications spéciales qu'il présentait et de la bénignité de l'intervention malgré le jeune âge du sujet.

36. — **Mal perforant plantaire chez un enfant; spina bifida lombosacré.** (En collaboration avec M. Rocher.) *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 3 novembre 1903.

37. — **Spina bifida latéral gauche de la région sacrée.** *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembre 1903.

38. — **Spina bifida occulta de Necklinghausen avec troubles trophiques importants des deux membres inférieurs, absence congénitale des tibias; pieds-bots varus doubles.** *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 3 août 1903.

39. — **Adéno-fibrome diffus du sein à forme éléphantiasique.** *Communication au IVe Congrès de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Rouen, 1904.

Les tumeurs éléphantiasiques de la mammelle bien étudiées par Virchow et dont de nombreuses observations ont été publiées depuis, sont caractérisées en général par ce fait qu'elles sont bilatérales et surviennent souvent à l'occasion de la grossesse. Le cas que nous rapportons dans ce travail est intéressant parce qu'il s'agit d'une vieille fille et que la lésion est cantonnée dans le sein droit. Le volume de cette tumeur que nous pûmes extirper tient une bonne place à côté des faits rapportés par Manec, Monod, Huston, Hunter, Lane etc., son poids était de 19 livres et sa circonférence de 75 centimètres.

Un point sur lequel nous insistons et qui contribue aussi à l'intérêt de ce fait ce sont les conditions tout à fait spéciales dans lesquelles l'opération fut décidée. Le néoplasme par son volume et son poids gênait énormément les mouvements; les éruptions eczémateuses de la peau étendues sur une partie notable de la tumeur (fig. 6) et le suintement très abondant qu'elles déterminaient indiquaient l'opération sanglante. Mais d'un autre côté, la débilité mentale de notre malade atteinte de troubles cérébraux très marqués posait à nouveau cette question si intéressante des interventions chirurgicales chez les aliénés. Des constatations, que nous avons pu faire à ce sujet chez cette malade, nous portent à penser que dans ce cas où pourtant l'on pouvait espérer, en enlevant la tumeur, la débarrasser d'une cause de souffrances physiques et améliorer son état mental, il n'en fut rien. Nous eûmes plutôt à

noter une exaltation plus grande ; malgré son indocilité elle guérit d'une façon complète de la vaste plaie nécessitée par l'extirpation de la tumeur qui diffusait dans les plans musculaires de la paroi thoracique.

Dans les mois qui suivirent, ayant quitté la maison de santé,



Fig. 6.

elle s'adonna à l'alcoolisme médicamenteux (eau des carmes, vin de quinquina, etc.) et mourut avec des accidents d'éthylisme très marqués. Cette observation est donc un nouveau fait apporté à l'étude de cette chirurgie spéciale des aliénés étudiée plus particulièrement, ces dernières années, par M Picqué.

III. — RÉGIONS CERVICALES ET FACIALES

40. — **Ostéosarcome du frontal chez un hémimélien.** *Communication à la Société anatomique*, 12 août 1901.

41. — **Sarcome du maxillaire supérieur.** (En collaboration avec M. le professeur Piéchaud.) *Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie*, 21 novembre 1900.

42. — **Un cas d'hystéro-traumatisme chez un enfant de treize ans : paralysie faciale complète et trismus.** (En collaboration avec M. Péry.) *Journal de Medecine de Bordeaux*, 1901-XXXI.

43. — **Traitement de la diphtérie oculaire par les injections hypodermiques combinées aux instillations de sérum antidiphtéritique.** (En collaboration avec M. Mougour.) *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Ayant en 1898 dans le service de M. le Dr Saint-Philippe à soigner plusieurs enfants atteints de diphtérie oculaire je fus frappé, au cours de cette épidémie, de la résistance des lésions malgré les injections de sérum antidiphtéritique associées à un traitement local approprié. Coppez en 1897, avait démontré par des expériences sur le lapin que le sérum antidiphtéritique injecté sous la conjonctive avait une action puissante contre l'infection locale par le bacille de Lœffler; j'eus alors l'idée d'associer aux injec-

tions hypodermiques des instillations de sérum sur la conjonctive à l'exclusion de tout autre traitement. Les résultats obtenus furent significatifs : sept enfants atteints de diphtérie oculaire grave guérirent sans présenter extérieurement aucune trace de eur affection; alors que plusieurs antérieurement traités avaient perdu la vue.

Quelques jours après cet essai thérapeutique, Morax et Elmassion (Ann. de l'Institut Pasteur) démontraient l'absorption de la toxine instillée sur la conjonctive; les résultats obtenus chez nos petits malades prouvent que l'antitoxine l'est également.

44. — **Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique.** *Bulletins de la Société anatomique*, séance du 14 septembre 1903.

45. — **Arrêt de développement du maxillaire supérieur. Malformation du maxillaire inférieur et de la langue.** *Bulletins de la Société anatomique*, 10 juin 1901.

46. — **Corps étrangers de la région parotidienne.** (En collaboration avec M. Péry.) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 15 juin 1901.

L'observation que nous rapportons est relative à un enfant de quatre ans qui s'enfonça, en jouant, à la partie interne de la joue une baguette de bois qu'il tenait à la main. Dans les jours qui suivirent des phénomènes infectieux éclatèrent et déterminèrent la production d'un abcès qui s'ouvrit à la fois dans le conduit auditif externe et à la partie postérieure du pavillon de l'oreille. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux faisait sentir très profondément en connexion avec la base du crâne un corps dur rugueux rappelant tout à fait la résistance du sequestre ostéomyélitique. Les trajets furent dilatés progressivement avec des tiges de laminaire et l'on put extraire facilement un morceau de bois dur, long de 3 centimètres dont l'ablation amena la cicatrisation rapide des fistules purulentes.

47. — **Des résultats de l'intervention électrolytique dans les angiomes de la face.** *Communication, Association française pour l'avancement des Sciences.* Comptes rendus Congrès Angers, 1903.

L'exérèse sanglante paraît rarement indiquée dans les angiomes de la face à cause des cicatrices qui en sont la conséquence. Dans notre communication nous rapportons plusieurs observations avec photographies d'angiomes circonscrits ou diffus de la face traités dans le service de M. le professeur Piéchaud avec le concours du D[r] Debedat directeur de l'Institut électrothérapique. Nous eûmes recours à l'électrolyse suivant la méthode bipolaire dont nous établissons la supériorité en nous basant sur ces faits : qu'elle est moins douloureuse et plus efficace que la méthode mono-polaire. Après chaque séance nous avons pu constater l'existence d'un noyau d'organisation fibreuse amenant d'une façon lente et sûre l'atrophie des tissus vasculaires.

IV. — REIN, FOIE, TUBE DIGESTIF

48. — **Rein en fer à cheval.** (En collaboration avec M. Laroche). *Communication à la Société anatomique*, 25 octobre 1895.

49. — **Imperforation congénitale de l'uretère gauche siègeant à un demi centimètre de la vessie avec hydronéphrose et atrophie du rein correspondant.** *Communication à la Société anatomique*, 7 Mars 1898,

50. — **Compression de l'uretère droit par l'utérus gravide.** *Communication à la Société anatomique*, 8 février 1897.

51. — **Situation anormale du cæcum; absence de colon ascendant : cæcnm siègeant dans l'hypocondre droit et relié à la face, inférieure du foie par un repli du péritoine.** *Communication à la Société anatomique*, 7 Mars 1898.

52. — **Corps étrangers du tube digestif.** *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, 30 novembre 1902.

53. — **Contusion de l'abdomen chez l'enfant : Laparotomie rupture de la rate**, in *thèse* Rondani, Bordeaux, 1900.

54. — **Appendicite et gastrorragie.** (En collaboration avec M. Carles.) *Bulletins de la Société anatomique*, 20 novembre 1899.

55. — **Sur un cas d'invagination du diverticule de Meckel.** *Communication au IVe Congrès de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Rouen, 1904.

De toutes les formes anatomiques de l'invagination intestinale celle du diverticule de Meckel est une des plus rares. Ayant eu à opérer un enfant présentant les signes d'invagination et qui succomba malgré l'entéro-anastomose tardive que nous lui pratiquâmes au cinquième jour nous fûmes frappé des particularités anatomiques que l'autopsie révéla. Il existait ainsi qu'il ressort de l'examen schématique (fig. 7) une double invagination ressortissant au type de cinq cylindres de Duchaussoy.

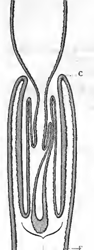


Fig. 7. — B, Boudin invaginé; C, collier d'invagination; F, gaine.

Le boudin invaginé présentait à différents endroits, mais plus particulièrement au collet, des plaques de sphacèle. Le point le plus intéressant était l'existence au centre du calibre intestinal d'un cylindre allongé et renflé à son extrémité inférieure à la façon d'un battant de cloche : l'examen détaillé montrait qu'il s'agissait là d'un diverticule intestinal complètement retourné ayant entraîné selon toutes probabilités l'intussusception secondaire de l'intestin grêle. L'invagination siégeait sur l'extrémité inférieure de l'iléon à peu de distance de la valvule iléo-cæcale (fig. 8); l'anse malade se présentait sous l'aspect d'un tube enroulé en spirale autour du mésentère dont la tension fixait l'intestin dans cette situation.

Le cas que nous rapportons dans ce travail nous a permis de tirer quelques conclusions qui sont la confirmation des notions

établies simultanément par le Dr Grisel dans son très remarquable rapport sur l'invagination intestinale.

L'étiologie des cas analogues est remplie d'obscurité; dans l'histoire de notre malade nous ne trouvons aucun détail qui puisse donner un semblant d'explication de ces phénomènes. Au point de vue anatomique, on a invoqué l'existence d'un polype, d'un lipome, voire même de glandes pancréatiques accessoires étudiées

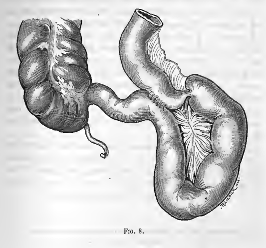


Fig. 8.

dernièrement par Bize dans la *Revue d'Orthopédie*; ici aussi notre observation est muette. Dans les cas tout à fait exceptionnels, on a décrit une variété d'invagination du diverticule de Meckel sans retournement; le diverticule suivrait seulement dans ces faits le point du grêle sur lequel il s'implante; il ferait partie secondaire de l'invagination intestinale. Cette modalité admise par Blanc dans sa thèse sur la pathologie du diverticule n'explique pas le plus grand nombre des observations qui signalent le retournement complet du diverticule. Pour la pathogénie de ceux-ci, il faut donc

selon toute vraisemblance, admettre que c'est par celui-ci que les phénomènes ont débuté. Ce qui appuie cette opinion, ce sont d'une part, les observations d'invagination du diverticule seul et, d'autre part, l'analogie du diverticule ainsi retourné avec le vulgaire polype qui tiraille continuellement son point d'insertion et finit par l'entraîner mécaniquement. Notre observation personnelle est d'accord avec celles qui lui sont antérieures pour démontrer que ces cas se rencontrent surtout chez les enfants âgés, qu'ils évoluent assez rapidement, aboutissant plus souvent que les autres formes à la gangrène du boudin invaginé.

Lorsque les manœuvres intrapéritonéales de désinvagination prudente ont échouées, nous croyons qu'il est préférable de recourir à la résection intestinale qui sera toujours l'opération de choix, surtout lorsque l'intervention sera pratiquée d'une façon précoce. La connaissance des faits analogues doit toujours être présente à l'esprit de l'opérateur; elle fait facilement prévoir l'insuccès et même quelquefois le danger des manœuvres qui consistent à chercher la désinvagination par l'intermédiaire des lavements liquides ou gazeux.

En terminant, nous signalons le petit nombre d'observations d'invagination diverticulaire décrites à l'étranger par Erdmann, Brunner, Kuttner, Morison, etc., en France par Picqué, Weill et Frankel, Grisel, Bérard et Delore. Ces deux derniers auteurs ont porté à quatorze le nombre des observations publiées.

56. — **Imperforation de l'anus et de l'œsophage.** Communication de pièces à la *Société d'anatomie*, 10 juin 1901.

57. — **Sur un cas de malformation congénitale complexe du tube digestif.** *Communication au Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes 1901.

L'observation qui est le point de départ de notre communication est celle d'un enfant que nous opérâmes avec succès d'imperforation rectale deux jours après sa naissance. Malgré la simplicité de l'intervention et le fonctionnement régulier de l'anus que nous

avions créé notre petit opéré mourut le lendemain, après avoir présenté des crises de cyanose. Son autopsie nous donna la raison de ces accidents en nous révélant l'existence simultanée d'une malformation œsophagienne : le bout supérieur se terminait en infundibulum complètement fermé tandis que le bout inférieur s'ouvrait dans la trachée au-dessus de sa bifurcation. Les recherches bibliographiques que nous fîmes nous démontrèrent la régularité de ces malformations œsophagiennes très bien étudiées dans la thèse d'Eyquem (Paris 1875), Tarnier en réunit en 1866 une douzaine de cas dans un mémoire qu'il lit à l'Académie de Médecine. Lannelongue et Ménard en publient une trentaine. Dans ces observations la malformation œsophagienne existait seule. Nous n'avons trouvé aucun autre cas où il y ait eu comme dans le fait qui nous est personnel cette coïncidence curieuse de malformation de l'œsophage chez un sujet déjà porteur d'une imperforation rectale. Etudiant les indications qui peuvent résulter de cette disposition complexe, nous émettons l'avis que ce sont là des malformations graves peu compatibles avec la vie. Cependant en présence de la cyanose succédant aux tentatives d'alimentation, nous croyons utile de recourir au cathétérisme œsophagien qui seul en pareil cas, donne la certitude de la malformation.

La gastrostomie est la seule opération logique ; on devrait en pareille occurrence la tenter, sans grand espoir. « Tout étant perdu, nous croyons autorisées toutes les audaces opératoires. »

58. — **Cancer pédiculé de la face postérieure du rectum. Etat cachectique. Extirpation. Guérison.** *Bulletins de la Société anatomique*, 14 septembre 1903.

59. — **Abcès de la face inférieure du foie.** *Bulletins de la Société anatomique*, 29 septembre 1903.

60. — **Volumineux kyste hydatique du foie. Syncope de décompression cardiaque. Marsupialisation. Hémorragie intra-kystique.** *Communication à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique, de Pédiatrie*, 26 novembre 1903.

V. — ORGANES GÉNITAUX

61\. — **Utérus fibromateux.** (En collaboration avec M. le Dr Courtin.) *Société anatomique*, 10 novembre 1902.

62\. — **Volumineux kyste de l'ovaire chez une fillette de quatorze ans Laparotomie, guérison.** *Société d'Obstetrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 26 juin 1900.

63\. — **Sarcome primitif du vagin chez une enfant de deux ans résultat de l'examen macroscopique.** (En collaboration avec M. le professeur Piéchaud.) *Société de Gynecologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 14 mai 1901.

64\. — **Sarcome primitif du vagin chez l'enfant.** *Communication au IIIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Nantes 1901.

Dans ce travail, nous étudions à l'occasion de l'observation complète d'une petite malade de deux ans, les caractères des sarcomes primitifs du vagin chez l'enfant.

Le cas que nous rapportons vaut la peine d'être signalé étant donnée la rareté des observations analogues; nous n'avons pu à ce moment en retrouver la trace parmi la bibliographie française. Dans le travail de Veit paru en 1897 dans le *Hanbuch der Gynäkologie* se trouvent relatés 16 cas, dont l'étude comparative avec notre observation personnelle nous a permis d'établir quelques-

uns des caractères anatomiques ou cliniques de ces tumeurs.

Dans l'observation que nous relatons; deux mois avant son entrée à l'hôpital, l'enfant avait eu quelques pertes sanguinolentes puis brusquement une grosse perte de sang rouge. Au bout de quelques jours, une tumeur s'était montrée à la vulve et en même temps on avait noté de la dysurie ayant nécessité des cathétérismes répétés de la vessie.

L'urine claire et limpide au début, devint purulente. La tumeur grossit, se sphacèle et disparaît même complètement à la chute des parties mortifiées. Immédiatement les phénomènes urinaires s'atténuent pour reparaître avec l'apparition des bourgeons néoplasiques. L'état général se modifie fâcheusement de jour en jour. L'état local est tel, lorsqu'elle nous est apportée, que toute intervention est impossible. L'enfant meurt et son autopsie faite minutieusement montre que la tumeur est implantée sur la paroi postérieure du vagin. Entre la partie supérieure de la tumeur et le col de l'utérus existe la partie profonde du vagin distendue par une certaine quantité de pus : la cavité péritonéale présente les lésions de la péritonite généralisée. Les pièces examinées histologiquement par M. le professeur agrégé Sabrazzès montrent la tumeur constituée de cellules embryonnaires avec vaisseaux assez nombreux et sans parois : c'est donc un sarcome embryonnaire ayant infiltré la paroi vésico-vaginale dans une certaine étendue et par greffe secondaire.

Si nous avons tenu à rappeler très succinctement ce cas clinique, c'est qu'il nous a été donné de l'étudier d'une façon détaillée et complète, tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue anatomique. Nous avons ainsi pu faire ressortir que dans cette observation l'opinion de Veit, qui dit ces tumeurs toujours secondaires à une malformation, est exagérée et ne peut s'appliquer à tous les cas. La transformation sarcomateuse d'un tératome peut rendre compte de certains faits, mais ne saurait être généralisée. Nous avons enfin attiré l'attention sur les variations d'implantation vaginale, et, à ce point de vue aussi, il ne saurait y avoir de règle invariable. D'après l'auteur allemand, ce serait la paroi vésico-vaginale qui jouirait du fâcheux privilège d'être le point de départ des sarcomes, et dans le cas qui nous est personnel, l'implantation se faisait sur la paroi postérieure, et l'infiltration

mise en évidence par l'examen histologique sur la paroi antérieure était manifestement secondaire.

Nous avons pu constater enfin que la procidence de la tumeur et les hémorragies étaient les signes observés au début de tous les autres cas. C'est exceptionnellement que le col de l'utérus (Kolisco) ou la paroi antérieure du rectum participent à l'extension locale du néoplasme. Beaucoup plus souvent, le fond de la vessie se trouve envahi, soit par propagation locale, si le néoplasme débute sur la paroi antérieure, soit par une sorte de greffe comme dans le cas que nous rapportons.

La tendance de la tumeur à tomber et à s'infecter est le plus souvent la cause de la mort; il se produit de la cystite, puis de l'urétero-pyélonéphrite ascendante. Les métastases sont rares et dans le cas de Körner, les lésions péritonéales paraissent devoir être rattachées, ainsi que dans les cas de Demme, à un envahissement régional de proche en proche; il paraît que les signes les plus constamment observés en pareil cas sont : les douleurs, la dysurie, la saillie de la tumeur à travers les organes génitaux externes et les petites hémorragies.

L'évolution varie avec chaque cas; elle est habituellement rapide; la mort survient au bout de deux à six mois, et les faits à évolution plus longue (deux cas de Demme) paraissent ressortir plutôt de fibromes transformés ultérieurement en sarcomes.

Ainsi qu'il en fut dans notre observation, les lésions seront souvent au-dessus des ressources chirurgicales; cependant si le diagnostic a, par hasard, pu être précoce, la thérapeutique pourra être plus active : tels les faits de Wolkmann-Schuchardt, Israël et Hollander. La voie sacrée suivie par Israël paraît à Veit devoir fournir de bons résultats. « C'est une chose désirable, quoique bien improbable, disons-nous en terminant, car la marche de cette variété de sarcome primitif du vagin chez la fillette est localement très rapide, ne traduisant son évolution qu'au moment où l'on ne pourra véritablement songer à l'enlever. »

65. — **Angiome caverneux de la vulve chez une petite fille.** *Bulletins de la Société anatomique*, séance d'août 1903.

66. — **Pseudo-hermaphrodisme.** (En collaboration avec M. Laubie.) *Bulletins de la Société anatomique*, 25 octobre 1897.

L'observation qui est le point de départ de cette Communication est relative à un sujet âgé de vingt-huit ans, inscrit sur les registres de l'État-civil comme appartenant au sexe masculin. Sa constitution générale est, en effet, celle d'un homme comme stature et développement musculaire. L'examen des organes génitaux externes montre l'existence d'un tubercule génital médian entouré de replis préputiaux et creusé à sa face inférieure d'une gouttière limitée latéralement par des petites lèvres qui en se réunissant circonscrivent un petit infundibulum du volume d'une tête d'épingle noire par où s'écoulent l'urine et, tous les mois, le sang des menstrues. Par le toucher rectal et le palper hypogastrique on sent un utérus petit et mobile. En somme, il s'agissait là d'un cas de pseudo-hermaphrodisme caractérisé par l'exagération des dimensions clitoridiennes simulant l'organe mâle dont il paraissait apte à remplir certaines fonctions; et par l'atrésie de la vulve et du vagin.

Nous concluons, en classant cette observation, curieuse à plus d'un titre, dans le groupe des malformations décrites par M. le professeur Pozzi, sous le nom de gynandroïdes-phalloïdes.

67. — **Hydrocèle symptomatique.** *Bulletins de la Société anatomique*, 28 septembre 1903.

VI. — PUBLICATIONS DIVERSES

Les enfants nés avant terme. Étude historique et critique. Statistique de l'Hôpital des enfants. Bordeaux, 1898. Mémoire présenté pour le prix de la Société des amis de l'Université. Faculté de Médecine 1898.

Malformations congénitales du cœur. (En collaboration avec M. le Dr SAINT-PHILIPPE.) *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1898.

Infiltration tuberculeuse des poumons avec emphysème sous-cutané généralisé. *Bulletin de la Société anatomique*, 28 mars 1898.

Lésions scléreuses du cœur d'origine syphilitique chez un nouveau-né. *Bulletin de la Societé anatomique*, 28 mars 1898.

Broncho-pneumonie suppurée et pyopneumothorax. *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1898.

Persistance au trou de Botal. *Bulletin de la Société anatomique*, 10 janvier 1898.

Asystolie, myocardite scléreuse, tubercule calcifié. (En collaboration avec M. HOBBS.) *Bulletin de la Societé anatomique*, 16 mars 1896.

Sur quelques heureux effets de l'administration de la thyroïdine chez les enfants retardés. (En collaboration avec M. le Dr SAINT-PHILIPPE.) *Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles*, 1898.

Précis de chirurgie infantile, par M. le professeur PIÉCHAUD. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 août 1900.

Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par M. le professeur KIRMISSON. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 12 août 1902.

Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie, par le Dr LAGRANGE. Analyse in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1900.

VII. — TRAVAUX INSPIRÉS

Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant. *Thèse* de CASSAT, Bordeaux 1899.

Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires. *Thèse* de GALLET DE SANTERRE, Bordeaux, 1900.

Des fistules et kystes congénitaux de la lèvre supérieure. *Thèse* de CLAVET, Bordeaux 1899.

Des malformations congénitales du tube digestif considérées au point de vue de la viabilité de l'enfant. *Thèse* de CLOCHARD, Bordeaux, 1901.

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. *Thèse* de BALCAM, Bordeaux, 1900.

Contribution à l'Étude des angiomes sous-cutanés et profonds de la paume de la main. *Thèse* de BROUSTET, Bordeaux, 1900.

Des divisions congénitales de la langue. *Thèse* de CRAUSTE, Bordeaux, 1901.

Contribution à l'Étude de l'ostéomyélite vertébrale chez les enfants. *Thèse* de DUPRAT, Bordeaux, 1901.

Les tumeurs malignes du vagin chez l'enfant. *Thèse* de BARRÈRE, Bordeaux, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

Paris — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 7083.